UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1973 **THÈSE** N° 27

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

BLOT Pierre

Né le 4 JUILLET 1947 à IVRY SUR SEINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES THROMBOSES LATENTES DES CAVITES CARDIAQUES REVELEES PAR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

A PROPOS DE 117 OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Président: Monsieur CABROL Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548016_0010

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 197 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

BLOT Pierre

Né le 4 JUILLET 1947 à IVRY SUR SEINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES THROMBOSES LATENTES DES CAVITES CARDIAQUES REVELEES PAR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

A PROPOS DE 117 OBSERVATIONS PERSONNELLES .

Président : Monsieur CABROL Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABROL

Professeur à la Faculté de Medecine de PARIS

Chirurgien des hopitaux

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la presidence de cette these.

Qu'il veuille trouver ici le temoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A BRIGITTE

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MA MARRAINE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCADIER

Professeur à la faculté de Medecine de PARIS

Chirurgien des Hopitaux.

Qu'il veuille trouver ici le temoignage de ma reconnaissance

et de mon profond respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON CLAUDE SIMON

Ancien Chef de Clinique à la faculté

Chef de Service de Chirurgie du Centre Hospitalier

de MONTFERMEIL.

Qui m'a encouragé à entreprendre ce travail pour lequel il a bien voulu m'honorer de ses conseils

Qu'il veuille trouver ici le temoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTINE

Chef de Service du Departement d'anesthesie-réanimation du Centre Hospitalier de MONTFERMEIL.

Qu'il trouve ici le temoignage de ma profonde gratitudepour l'enseignemmnt reçu et pour l'interet qu'il a su me faire partager dans sa specialité.

A MES MAITRES D'EXTERNAT:

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNALOU

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARA

INTRODUCTION.

"La thrombose cardiaque post opératoire" est une des causes de mort subite qui peut survenir chez des opérés recents.

Le Docteur GASTON CLAUDE SIMON,Chef du Service de Chirurgie du Centre Hospitalier de MONTFERMEIL a pratiqué depuis 1947,systematiquement les autopsies des sujets morts subitement en milieu chirurgical.

Il a ainsi decouvert de nombreuses fois ,une thrombose intra cardiaque dont les caracteres anatomiques sont typiques.

Depuis lors les observations de LETAC et MOULONGUET ont été publiés.

Le tableau clinique est toujours identique:mortel et d'allure pseudo-embolique.Elle survient en general ,chez un sujet febrile,vers le deuxieme ou troisieme jour après l'intervention chirurgicale et se traduit par une polypnée avec cyanose,angoisse ;très vite apparait un collapsus irreversible.

Voici ,par exemple ,le résumé de l'observation typique de LETAC.

"Africaine primipare accouchée le matin d'un foetus macéré, malade depuis quelques jours.Depuis l'accouchement ,sensation de pesanteur rétrosternale,polpypnée intense et progressivement croissante,paleur,puis cyanosedes extrémités;pouls filant puis délire,tension arterielle éffondrée. L'auscultation pulmonaire est negative.Les bruits du coeur s'assourdissent progressivement.La temperature est de 39°.L'hémoculture se révelera négative. Mort le soir meme,après quelques convulsions.Autopsie:"Thrombose cardiaque".

Anatomiquement,il existe un thrombus blanc ancien,anterieur à l'intervention chirurgicale,adherent à l'endocarde,siegant en general dans les cavités droites.

Ce thrombus à la suite d'une intervention chirurgicale et des perturbations hémodynamiques ,ainsi que l'hypercoagulabilité post-operatoire,à entrainer la constitution d'un thrombus rouge adhérent au thrombus blanc; ce qui provoque une obstruction plusou moins complete de la circulation veineuse de retour.

A propos de 117 observations recuillies par le Docteur GASTON CLAUDE SIMON de 1947 à 1972,nous nous proposons de passer en revue les differents aspects :

- clinique et diagnostique
- anatomo-pathologie
- étio-pathogenique

Nous conclurons en essayant de tirer des déductions thérapeutiques.

HISTORIQUE

Les premières observations connues des thromboses intracardiaques sont relatées comme des polypes du coeur.

Ce fut MALPIGHI (I867) qui sépara les thromboses intracavitaires des tumeurs primitives ou. secondaires du coeur.- MORGANI (I76I) leur consacre un mémoire.- CORVISART (I8II) est le premier à distinguer les concrétions anciennes denses, adhérentes des caillots rougeatres formés dans les derniers jours de la vie, des coagulations cadavériques comparable à de la gelée de groseille.

CRUVEILHIER (I829) affirme que le caillot est primitif.- ANDRAL(I84?) incrimine la stase et l'infection.

VIRCHOW (I855) invoque le premier le ralentissement circulatoire associé aux modifications de la crase sanguine comme causes principales de ces coagulations. Par la suite WELCHE (I909) écrit un article instructif sur la formation des caillots et BUHLER (I925)et AUBERTIE et RIME (I926) étudient le syndrome dit oblitérant des thromboses de l oreillette gauche.

VQUEZ et LUTEMBACHER , AUBERTIN en étudient les aspects anatomo-cliniques.

La question fut remise à l'honneur par le travail de LETAC, publié en I945 dans les archives des maladies du coeur et des vaisseaux, avec CAMAIN et DENIS qui insistent sur l'importance de l'embolie microbienne ou sanguine dans la pathogenie probable des thromboses.

Cette question fit l'objet du rapport de SOULIE et CHICHE au Congès de Medecine d'ALGER (I955).Puis MOULONGUET et LEVY(1960) soulignerent le rapport probable entre ces thromboses et les embolies pulmonaires.

Actuellement ce probleme des thromboses intra cardiaques prend toute son ampleur depuis l'apparition des anticoagulants des progès de la chirurgie cardiaque et maintenant grace aux fibrinolytiques.

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

A. CLINIQUE:

lorsque il est pur le tableau de thrombose cardiaque est particulierement net(LETAC R.)

Le tableau clinique est pseudo embolique ,mais il apparait beaucoup plus precocement que celui d'une cà&s sique embolie.

I.Les circonstances de survenue:

Il survient chez des opérés recents,souvent hyperthermiques,on le rencontre dans n'importe quelle intervention chirurgicale;voire chez un traumatisé non opéré.

II. Heure de survenue:

Il se manifeste de façon variable ,après l'intervention de quelques heures à neuf jours comme limites extremes (d'après ISNARD et LAABAR).

En general vers le deuxieme ou troisieme jour avant qu'un traitement anticoagulant preventif ait pu etre institué;donc beaucoup plus precocement que l'embolie pulmonaire massive.Donc pour nous,il est toujours precoce dans les deux ou trois premiers jours après une intervention chirurgicale.

III. Tableau clinique:

a. signes pulmonaires:

Brutalement s'installe une dyspnée siné materia vive, s'accompagnant de battemnts des ailes du nez;parfois même d'un veritable tirage .C'est une dyspnée non ameliorée par les therapeutiques habituelles Le malade en general ne ressent aucune douleur ,il ne tousse pas.

b. collapsus cardio-vasculaire:

Le degré de collapsus doit etre évalué .Souvent il est leger marqué seulement par une legère baisse tensionnelle.

En general il y a effondrement massif ou progressif de la tension arterielle.

c. signes cardiaques:

Le pouls est acceleré, bien frappé, il s'agit d'une tachycardie importante de l'ordre de 130 par minute, stable ne réagissant pas aux therapeutiques habituelles, notamment le traitement digitalinique(FRIEBERG).

d. signes neurologiques:

Il existe parfois des signes neurologiques; traduisant une hypoxie cerebrale: agitation voire convulsions et coma.

e. hyperthermie:

L'hyperthermie est un symptome retrouvé frequemment malgrè une antibiotherapie post operatoire precoce et polyvalente. Les hemocultures ont toujours été negatives. L'agitation extreme avec angoisseet hyperthermie peut parfois faire envisager un délirium tremens.

V. Examens complementaires:

a. ECG:

1. L'ECG ne parait pas d'un grand secours dans le diagnostic de thrombose intracardique droite. Il met en evidence une tachycardie sinusale avec un axe QRS de 150°. Rarement il existe un sous décalage de ST en D2, D3, V2, V3, V4, V6 , parfois il existe des ondes S profondes en D1 et des ondes Q en D3(rarement aussi en VF).

Dans quelque cas on observe un bloc de branche droite fugace.

2. L'ECG semble par contre plus interessant en cas de thrombose du coeur gauche où il revele parfois des signes de surcharge auriculaire et ventriculaire gauche.

b. l'angiocardiographie:

L'opacification des cavités droites et l'arbre arteriel pulmonaire permettant d'obtenir des renseignements interessants : amputation de l'arbre avec supression de l'irrigation en aval , simple rarefaction du reseau arteriel à topographie plus ou moins nettement segmentaire à distance des zones embolisées. Malheureusement nous ne connaissons pas d'observations vace angiocardiographie.

V.Evolution:

Elle est toujours mortelle dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire irreversible,mais variable dans sa durée.

B.DIAGNOSTIC:

I.Diagnostic positif:

Le diagnostic precoce est impossible en l'absence de surveillance post-operatoire rigoureuse et systematique des opérés.

Dans ses conditions le diagnostic de la thrombose intracardiaque peut etre facile lorsque se trouve reunis les symptomes suivants:

- collapsus precoce
- dyspnée
- agitation
- hyperthermie

II.Le diagnostic differentiel:

a. le collapsus post operatoire:

En effet l'importance du collapsus fait que le diagnostic d'une chute tensionnelle prend le premier plan.Ainsi est posé le probleme particulier des collapsus post operatoires.

On distingue rapidement par l'examen clinique et les examens complementaires:

1. le collapsus par spoliation:

- hemorragie externe de diagnostic facile
- hemorragie interne post operatoire

2. les collapsus medicaux cardio-vasculaires:

L'existence d'une dyspnée et d'une cyanose orientent d'emblée vers l'origine cardio vasculaire du collapsus.

On pense tout d'abord à l'infarctus du myocarde ou à l'embolie pulmonaire. Soient ces deux accidents survenant chez des malades presentants des suites operatoires compliquées.

La thrombose cardiaque apparait beaucoup plus tot que l'embolie pulmonaire,dans la plupart des cas,ce qui surprend toujours.

- l'embolie pulmonaire:

C'est surtout l'embolie pulmonaire massive rapidement mortelle qui peut faire penser à une thrombose intracardiaque

Au debut se manifeste une douleur brusque en coup de poignard angoissante ,puis apparait une dyspnée,une toux et une expectoration hemptoique

L'ECG revele des signes de coeur pulmonaire aigu.

- l'infarctus du myocarde:

La douleur retrosternale irradie vers le cou et les membres superieurs avec dyspnée et toux seche.L'ECG enregistre des ondes d'ischemie ou de necrose absentes souvent pendant les premieres heures.

b.les autres collapsus:

- causes abdominales:

occlusion avant tout par strangulation

peritonite

torsion d'organe

- causes endocriniennes:

- insuffiance surrenalienne aigue post operatoire chez un addisonien.

- septicemies à gram negatif

ANATOMO PATHOLOGIE

A. ANATOMIE MACROSCOPIQUE:

Anatomiquement le syndrome correspond à la presence de caillots fixés à l'endocarde. La lesion est typique et present toujours le meme aspect.

La thrombose est composé en fait de deux parties:

- un thrombus blanc:

  non recent, existant probablement avant l'intervention

- un thrombus rouge:

  recent qui s'est constitué à la faveur de l'intervention chirurgicale, qui a entrainé des modifications hemodynamiques et une hypercoagulabilité sanguine.

I. Le thrombus blanc:

Il s'agit de caillots fibrino-cruoriques blancs jaunes ou grisatres avec plages rouges qui s'inserent par des digitations sur l'endocarde.

L'implantation en est très solide puisque l'on peut soulever le coeur par leur intermediaire quand le thrombus s'est constitué depuid un certain temps. Cependant losque la traction est suffisante on libere une surface endocardique presque uniformement lisse, sauf en de rares endroits où le pole endothelial à disparu avec le caillot.

Les points d'adherence presentent une topographie variable; les caillots adherent par des digitations au niveau des regions de l'endovarde où le courant sanguin est moins fort.

- dans l'oreillette droite surtout au voisinage des orifices des veines cave superieur et inferieure et dans l'auricule.

- dans le ventricule droit, où les caillots se plaquent autour des piliers et des cordages des valvules parfois aussi sous les valves.

- exceptionnellement au niveau des cavités gauches.

Il peut se produire que le thrombus devienne épais et presente une large surface d'insertion mais pratiquement toujours les zones d'insertion sont assez reduites.

Le volume du thrombus varie depuis la simple digitation issue d'une surface reduite de l'endocarde jusqu'au volumineux caillot qui comble une cavité.Il s'agit donc d'un thrombus blanc ancien latent,non decouvert lors de l'examen pré-operatoire mais present.

II. Le thrombus rouge:

On est frappé de retouver chaque fois une zone lisse rougeatre qui fait suite insensiblement au t hrombus blanc qui l'enveloppe.

Ce thrombus est de constitution rapide.Il forme d'ailleurs la partie la plus importante du thrombus,il se reunit en un seul corps allongé qui suit le courant sanguin et franchit les valvules cardiaques.Frequemment il y a un prolongement dans les vaisseaux situés en aval.

Son mode de terminaison est à peu près identique:en forme de serpent ou souvent bifide;les deux extremités libres flottant dans les branches de division de l'artere pulmonaire

III. Le coeur:

L'aspect du coeur est en general peu modifié;les arteres coronaires sont libres.Parfois la cavité pericardique contient un peu de liquide.

B.ANATOMIE MICROSCOPIQUE:

L'organisation des caillots et leur base d'implantation est fonction de la durée d'évolution du syndrome.

Dans un premier stade le caillot simplement contigu à l'endocarde est un peu infiltré d'élements cellulaires.Le contact avec l'endocarde s'affirme dans quelques endroits.Plus tard encore on note une reaction de la paroi myocardique avec infiltration d'élements cellulaires conjonctifs et forte reaction collagene.

Donc ces aspects divers de l'implantation du thrombus à la paroi viennent de ce que l'évolution a été plus ou moins rapide et que de ce fait la base d'implantation du caillot a été vu à des stades differents,depuis la simple juxtaposition jusqu'au debut d'organisation .

L'endocarde est frequemment oedematié avec par endroit des hemorragies interstitielles et des lesions inflammatoires.Quand au myocarde,il presente toujours des lesions de myocardite aigue.

Le test le plus évident de l'organisation du thrombus prouvant le caractere vital de la lesion est la transformation partielle du reseau fibrineux en collagene que met en evidence la coloration de NAGEOTTE MALLORY.

3. CONCLUSIONS:

Il semble qu'on ne puisse plus nier l'existence de caillots intracavitaires constitués avant la mort et parfois longtemps avant(LE BRIGAND)

L'adherence à l'endocarde les lesions endocardiques sous jacentes,l'aspect grisatre blanchatre permet de distinguer cette thrombose intracardiaque ancienne qui s'est constitué bien avnat la mort des caillots cadaveriques decrit par CORVISART,formés de longs rubans disposés dans le sens des vaisseaux,de coloration rougeatre se laissant toujours detachés de l'endocarde sous jacent qui apparait macroscopiquement normal.Donc le thrombus blanc est anterieur à l'intervention chirurgicale survenu progressivement ,à la suite de l'agression chirurgicale,qui a modifié l'équilibre hemodynamique et a entrainé une hypercoagulabilité ,s'est constitué rapidement ce thrombus rouge responsable directement de la mort du sujet.

THERAPEUTIQUE

La therapeutique de la thrombose cardiaque post operatoire est decevante. Toutes les observations se sont terminées par la mort.

A. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE:

Il s'agit d'un traitement de réaniamtion, il a toujours été un echec. Il ne peut se concevoir que comme une solution d'attente avant d'entreprendre un traitement curatif, notammemnt chirurgical.

I. L'oxygenotherapie:

est indispensable sous forme d'oxygene continu ou mieux après intubation, ila pour but de lutter contre l'anoxie.

II. Contre l'hypertension arterielle pulmonaire:

On utilisera

- soit des drogues beta stimulantes: isoprenaline en perfusion sous reserve qu'il n'existe pas de trouble du rythme et que la freqaence cardiaque soit inferieure à 120 par minute

- soit la procaine à 1% afin de lutter contre la bronchoconstriction et les desordes vaso moteurs reflexes.

III. Contre le collapsus cardio vasculaire:

Le traitement est beaucoup plus discutable:

- il faut surtout lutter contre l'hypertension arterielle pulmonaire par la therapeutique precedente.

- utiliser les drogues alpha stimulantes des recepteurs adrenergiques

B. TRAITEMNENT CURATIF:

" Si l'on peut esperer que le traitement anticoagulant evidemment indiscutablement efficace sur les thromboses peripheriques ,a une action preventive contre l'embolie ;il apparait acquis ,par l'experience medicale, que cette efficacité manque dans la thrombose cardiaque."(MOULONGUET).

D'après SOULIE et CHICHE (XXX Congrès Frahçais de Medecine,ALGER 1955). l'effet remarquable des traitements anticoagulants dans les phlebites embolisantes nous parait hors de contestations et il est curieux de noter combien ces résultatsspectaculaires,obtenus à ceux,beaucoup moins evidents obtenus dans les thromboses cardiaques.

II. Le traitement chirurgical:

a. Operation de Trendelenbourg:

operation heroique et de sauvetage qui consiste à realiser l'embolectomie sans aucune assistance.Jamais cette intervention n'a reussi chez des sujets atteints de thrombose intracardiaque.C'est pourtant la seule operation possible en dehors d'un centre de chirurgie cardiaque.

b. Embolectomie sous circulation extracorporelle:

Actuellement 30% des embolies pulmonaires operées sous circulation extracorporelle sont gueries grâce à l'intervention.

Une observation d'embolie pulmonaire massive avec localisation des embols non seulement dans l'artere pulmonaire mais également dans l'oreillette droite operee avec succès a été publié par DUBOST.

Mais ces malades dont l'état général est alarmant se trouvent hélas loin des centres de chirurgie cardiaque.

Actuellement grace aux efforts faits notamment à Paris par le professeur CARA(Service de Réanimation Mobile de l'Assistance Publique) ces malades peuvent etre transportés,dans les meilleures conditions de réanimation. Après la creation prochaine à Paris du SAMU(Service d'Aide Medicale d'URgence). l'admission de ces malades dans les services dechirurgie thoracique sera faciltée.

OBSERVATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES

Observation nº1/

Monsieur L. Jean,70 ans,gastrectomie pour cancer le 20 janvier 1947. Suites operatoires satisfaisantes.Au 3e jour apparition subite d'une dyspnée avec cyanose puis collapsus irreversible.

Autopsie:

On trouve dans le ventricule droit un gros caillot organisé blanchatre ,adherent aux piliers et se poursuivant par un caillot rouge se dirigeant vers l'infundibulum pulmonaire.Les arteres pulmonaires sont libres.

Observations nº2:

Madame M. Anna,62 ans,cholecystectomie le 28 1 1947.Mort subite en quelques minutes au 2e jour.

Autopsie:

Gros caillot long blanchatre dans le ventricule droit et l'artere pulmonaire.

Observation nº3:

Monsieur G. Henri ,70 ans ,gastrectomie pour ulcere le 4 11 1948.Quelques heures après l'intervention :dyspnée,cyanose,collapsus irreversible.

Autopsie:

Sur le pilier droit prend naissance un caillot blanc ,fin resistant, se prolongeant dans l'artere pulmonaire.

Observation nº4:

Monsieur L. Adrien,70 ans,gastrectomie pour cancer le8 11 1948.Le lendemain mort subite.

Autopsie:

Il eximiste un long caillot lombricoide fibrineux ;blanchatre ancien

Observation n°5:

Monsieur L. Emile,75 ans,resection endo prostatique le 13 11 1947 pour adenome prostatique.Mort subite au 5e jour.

Autopsie: On trouve un caillot fibrineux dans le coeur gauche.

Observation n)6:

Madame L. Marie,45 ans,opérée le 4.7.1948 d'une hernie crurale étranglée. Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Il existe dansle ventricule droit un caillot blanchatre se prolongeant par un caillot rouge.

Observation n° 7:

Madame G. Marie,59 ans;thoracotomie pour cancer de l'oesophage le 8.12.1948 Dans la nuit:agitation,convulsions puis mort subite.

Autopsie: Dans l'artere pulmonaire et le ventricule droit il existe un long caillot fibrino-cruorique long de 15 cm,large comme un crayon,faiblement fixé;il presente une couche peripherique rouge qui entoure une zone blanchatre

Observation n°8:

Monsieur J.Charles,69 ans,gastrectomie pour ulcere le 31.8.1948.Bon reveil. Mais une heure après apparition d'une detresse respiratoire avec collapsus .

Autopsie: Il existe un gros caillot blanc qui adhere intimement aux parois de l'oreillette droite et du ventricule droit.Les arteres pulmonaires sont libres.

Observation n°9:

Madame C.Jeanne,65 ans,kyste de l'ovaire opéré le 6.12.1948.Mort subitele 2J.

Autopsie:Thrombose auriculo-ventriculaire droite dont une partie blanchatre est fixée aux piliers du ventricule et une partie recente qui s'engage dans l'artere pulmonaire.

Observation nº10:

Monsieur J.François,74 ans,prostatectomie pour adenome le 16.2 1948.Au 3e jour dyspnée,rales multiples dans les deux champs,collapsus brutal.

Autopsie: Presence dans l'oreillette droite,le ventricule droit d'un long caillot blanchatre de 2o cm de long,large de 12mm.Ce caillot est très ancien, adhere aux parois de l'oreillette droite et du ventricule ;il se prolonge par un caillot recent dans l'artere pulmonaire.

Observation nº11:

Monsieur R. Andre,59 ans,gastrectomie le 27.1.1949 pour ulcere.Mort subite le 3e jour.

Autopsie: Le coeur droit renferme un gros et long caillot blanc fixé très ancien,situé dans l'oreillette droite,le ventricule droit et l'artere pulmonaire il est fixé aux parois du ventricule ,et à la coupe son centre est blanchatre, la peripherie rouge rosé.

Observation nº12:

Monsieur M.François,60 ans,thoracotomie pour cancer de l'oesophage le 20.4.1949. Mort subite au reveil.

Autopsie: On trouve dans les cavités droites et gauches des caillots.Un caillot gros,de 2o cm de large dans l'oreillette droite et autour de lui existe un caillot recent qui descent vers la valvule auriculo-ventriculaire.Le caillot gauche se trouve dans l'oreillette gauche.

Observation nº13:

Monsieur [illegible]Jean,69 ans,hemicolectomie gauche pour cancer le 20.2.1949 Mort subite au 2jour

Autopsie:Caillot blanc adherent au ventricule droit ,se prolongeant dans l'artere pulmonaire par un caillot rouge recent.

Observation nº14:

Madame S.Marie,68 ans,opérée le 3.1.1950,gastrectomie totale pour cancer. Mort subite au 2e jour.

Autopsie:Gros thrombus blanc occupant l'oreillette droite très adherent, se prolongeant par un thrombus rouge recent vers l'artere pulmonaire.

Observation nº 15:

Monsieur S.Pierre,70 ans,gastrectomie pour cancer le 3.1.1950.Au 2e jour, apparition d'une dyspnée cyanose puis collapsus irreversible.

Autopsie: Gros caillot organisé blanchatre situé dans le ventricule droit et se prolongeant par un caillot rouge se dirigeant vers l'infundibu lum pulmonaire .les arteres pulmonaires sont libres.

Observation nº16:

Madame S.Jeanne,65 ans,occlusion pour appendicite,opére le 11.1 1950. Collapsus irreversible au 2 e jour.

Autopsie: Sur le pilier droit du ventricule droit prend naissance un mince caillot blanc,fin,resistant,manifestement organisé se prolongeant dans l'artere pulmonaire.

Observation nº17:

Monsieur S.Jean,70 ans,gastrectomie pour cancer le 21.9.1951;au 5 e jour mort dans un tableau d'hyperthermie et de convulsions.

Autopsie: Caillot blanc dans le ventricule droit ,adherent se prolongeant dans l'artere pulmonaire par un caillot rouge recent.

Observation nº18:

Monsieur L. Maurice, 71 ans,gastrectomie pour ulcere duodenal le 5.7.1950. A la 12 e heure ,dyspnée avec cyanose sans douleur thoracique puis collapsus .

Autopsie: Sur le pilier droit du ventricule droit prend naissance un mince

caillot blanc,fin,resistant,manifestement organisé se prolongeant dans l'artere

Observation nº19:

Madame L.Germaine,51 ans,opérée le 28.10.1953 d'un prolapsus uterin. Le lendemain malade inconscient,gene respiratoire;collpasus;décès.

Autopsie: Dilatation ventriculaire gauche.Dans le ventricule droit au niveau de l'infundibulum pulmonaire presence d'un caillot blanchatre ,gros comme un crayon long de 5 cm,fixé au pilier des valvules pulmonaires et dont l'extremité libre flottait dans le tronc de l'artere pulmonaire.

Observation nº20:

Madame T.Aline,79 ans,fracture de l'humerus ,mise en traction le 30 5 1953. Au 3e jour encombrement broncho pulmonaire,puis collapsus.

Autopsie: Il existe un gros caillot blanc long de 1o cm,gros comme un crayon ,dans le ventricule droit et fixé aux piliers du coeur.

Observation nº21:

Monsieur S. Marcel,70 ans,gastrectomie pour ulcere gastrique.Bon reveil. Mais quelques heures apès:dyspnée,cyanose puis collapsus.

Autopsie: Caillot ancien blanc fixé solidement au ventricule droit passant dans l'artere pulmonaire et gagnant ses branches où il est rouge,recent.

Observation nº22:

Madame V.Marie,70 ans,hémicolectomie droite pour cancer le 10.71954. Mort subite au 2e jour.

Autopsie:Gros caillot blanc à l'origine de l'aorte se prolongeant dans le ventricule gauche.

Observation nº23:

Enfant P. Maurice,12 ans,opéré le 18.10.1954,pour tuberculose du grele,en occlusion :anastomose ileo-ileale.Au 10 jour reaction preicardique et épanchement pleural bilateral.Mort subite/

Autopsie: Epanchement pericardique de 200 cm3.on trouve dans les cavités droites et gauche un caillot ancien,organisé faisant issue dans l'aorteet les veines pulmonaires.Chaque caillot est blanc,organisé relativement ancien,dans ses 2/3 inferieurs,là où il est fixé au pilier.Son 1/3 superieur semble recent.

Observation nº24:

Madame V. Jeanne,61 ans,gastrectomie pour cancer le 7 11.1964.Au 3e jour apparition brutale d'une dyspnée avec état de choc.

Autopsie: On trouve à la dissection un gros caillot blanc ,jaune organisé et plus foncé sur la paroi droite du ventricule droit.Ce caillot de forme grossierement rectangulaire se prolonge dans l'artere pulmonaire où il est rouge

Observation nº25:

Monsieur M. Charles,60 ans,sympathectomie droite pour arterite le 21.6.1954 Au 3e jour angoisse puis douleur thoracique,dyspnée.Décès.

Autopsie: Thrombus blanc adherent au ventricule droit.

Observation nº26:

Monsieur C. Alphonse,60 ans,ulcere perforé suturé le 7.8.1954.Au 2e jour mort subite après des suites operatoires satisfaisantes.

Autopsie:Thrombus blanc de 5 cm de long sur 1 cm de large dans l'oreillette D.

Observation nº27:

Monsieur H. Louis,65ans,pancreatectomie partielle pourcancer du pancrèas le 7.9.1954.Mort subite dans un tableau de cachexie au 10 e jour

Autopsie: Thrombus blanc fixé au ventricule droit long et gros comme un index

Observation nº28:

Monsieur A.Jean,64ans,hemicolectomie gauche pour cancer le 8.9.1954. Mort subite le 2e jour.

Autopsie: Gros thrombus blanc adherent à l'oreillette droite.

Observation nº29:

Madame G.Rose,68 ans,opérée le 6.5.1955 d'une colectomie segmentaire pour squirrhe du sigmoide.Le lendeamin mort subite.

Autopsie: Presence d'un caillot blanc fusiforme long de 6 cm dans la portion ascendante de la crosse de l'aorte et entouré de caillots rouges.

Observation nº30:

Monsieur C.Georges,69 ans,amputation de la cuisse gauche le 13.7.1955. pour gangrene . Collapsus irreversible le lendemain.

Autopsie: Caillot blanc organisé long de 10 cm dont l'extremité inferieure est fixée dans le ventricule droit.Le caillot s'engage dans l'artere pulmonaire.

Observation nº31:

Madame T.Francoise,71 ans admise le 4.5.1955 pour douleur abdominale avec chute tensionnelle.Mort dans un tableau de collapsus .au 4e jour.

Autopsie:Infarctus mesenteriques.Thrombus blanc organisé dans le ventricule droit et àà ventricule gauche.

Observation nº32:

Madame R.Henriette ,60 ans hernie crurale étranglée ,le 5.6.1955. Au 5e jour apparition subite d'une dyspnée avec angoisse ,sueurs puis décès.

Autopsie: Il existe plusieurs volumineux caillots blancs anciens à point de depart ventriculaire droit.

Observation nº33:

Monsieur D. Constant,74 ans,ulcere perforé suturé le 25.4.1955. Mort subite au 5e jour.

Autopsie: Long caillot organisé partant du ventricule droit occupant le tronc de l'artere pulmonaire et se bifurquant dans ses 2 branches:caillot incrusté entre les piliers du ventricule droit,long de 15 cm environ.Le caillot montre des caracteres de thrombose banale assez recente.Les prelevements de la paroi ventriculaire montrent une thrombose semblable ,mais aussi en quelques points une fusion étroite entre ce thrombus et la paroi ventriculaire au niveau des piliers dont l'endothélium a disparu.

Observation nº34:

Madame R.Marie ,70 ans gastrectomie pour cancer le 13.5.1955.Au 2 e jour encombrement broncho pulmonaire .Collapsus.

Autopsie:thrombus blanc organisé de 5 cm sur 2 cm,fixé à la paroi duventricule droit.

Observation nº35:

Madame G.Josephine,82 ans,opérée le 25.10.1956,hémicolectomie droite pour cancer.Dans la soirée mort brutale.

Autopsie: Presence dans le ventricule droit d'un caillot blanc organisé et fixé près de la pointe.Dans le ventricule gauche presence d'un gros caillot de la taille d'une noix.Caillot fibrino-cruorique. libre.

Observation nº36:

Monsieur G.Jean,55ans,gastrectomie pour cancer le 26.12.1955.Dècés au 10 e jour dans un tableau de cahexie.

Autopsie; Thrombus blanc organisé fixé au pilierdu ventricule droit.

Observation nº37:

Madame G.Amelie,63 ans,occlusion par hernie crurale étranglée le 4.11.1955 Mort subite au 2e jour

Autopsie: Il existe un caillot blanc,adherent à la paroi du ventricule droit de volume d'une mandarine.Il se prolonge vers l'artere pulmonaire.

Observation nº38:

Madame T.Sophie,78 ans,nephrectomie droite pour cancer le 22.12.1955. Insuffisance rénale post-operatoire.Mort subite le lendemain.

Autopsie:Volumineux thrombus blanc organisé occupant presque la totalité de la lumiere du ventricule droit,adherent aux piliers.

Observation nº39:

Madame G.Joanne,6[illegible] ans,opéréele 4.12.1956d'un ileus biliaire.Au 2 e jour dyspnée hyperthermie,cyanose puis dèces.

Autopsie: Il existe un caillotblanc long de 10 cm dans l'artere pulmonaire se prolongeant dans le ventricule droit.

Observation nº40:

Madame P. Camille,74 ans ,amputation du rectum par voie abdomino-périnéale le 7.51956.Au 7e jour décès dans un tableau de collapsus.

Autopsie: Long caillot blancinséré sur la paroi du ventricule droit.

Observation n°41:

Monsieur M. Michel,59 ans,perforation d'iléus duodenal opéré sous anesthesie locale le 28.4.1956 chez un etherolique,hépatologique et coronarien;infarctus du myocarde en 1947.Dècés brutal au 3 e jour.

Autopsie: Hypertrophie cardique globale.Thrombose de l'oreillette et du ventricule droit par des caillots blancs occupant environ le 1/3 de chaque cavité adherent aux parois et aux piliers.

Observation n°42:

Monsieur R.Auguste,6? ans,gastrectomie pour cancer le 16.4.1956.Mort subite au 3 e jour.

Autopsie: Caillot blanc organisé,grêle très important,adherent à la paroi du ventricule droit et s'étendant jusqu'à la bifurcation de l'artere pulmonaire.

Observation n°43:

Monsieur G.Alexandre,42 ans,occlusion sur bride,opéré le 26.1.1956.Le lendemain:dyspnée avec cyanose ,douleur thoracique.Mort subite.

Autopsie: Hypertrophie globale du coeur.Le ventricule droit est le siege d'un caillot blanc intriqué à la paroi qui se prolonge dans les branches de l'artere pulmonaire.

Observation n°44:

Madame B.Jeanne,72 ans,lithiase du choledoque opérée le 25.6.1956.Au 2e jour mort subite.

Autopsie: Caillot blanc organisé et fixé dans les cavités droites et s'engageant dans l'artere pulmonaire.

Observation n°45:

Madame P.Sophie,58ans,pancréatectomie partielle pour cancer vaterien le 29.1.1957.Suites opératoires bonnes.Au 4e jour,apès une courte phase de dyspnée avec sensation d'opression.Mort brutale au cours d'une crise convulsive.

Autopsie: Caillot blanc organisé dans le ventricule droit et l'artere pulmonaire.

Observation n°46:

Madame B.Anna,82 ans,hémicolectomie pour cancer le 26.5.1957.Encombrement broncho-pulmonaire le 2e jour,puis collapsus irreversible.

Autopsie: Caillot blanc organisé et fixé dans les cavités droites et s'engageant dans l'artere pulmonaire.

Observation n°47:

Madame R.Gabrielle,70 ans,cholecystectomie le 16.11.1957.Mort subite au 2ej.

Autopsie: Presence d'un volumineux caillot blanc,organisé,fixé aux piliers du ventricule gauche et engagé dans la mitrale,un autre caillot dans le ventricule droit est fixé aux piliers.

Observation n°48:

Monsieur B.Marcel,60 ans,amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum le 20.12.1957.Au 3e jourtableau de detresse respiratoire avec collapsuschez un homme ayant des antecedents de broncho-pneumonie chronique.

Autopsie: Gros caillot blanc organisé,stratifié adherent au pilier anterieur du ventricule droit avec caillot rouge facilement clivable en peripherie.

Observation n°49:

Monsieur T.André,57 ans,cancer de l'oespphage.Gastrostomie le 6.4.1957. Décès dans un tableau de cahexie le 5e jour.

Autopsie: Thrombus blanc prolongé par un thrombus rouge recent dans le ventricule droit,l'artere pulmonaire et le ventricule gauche.

Observation nº50:

Monsieur G.Jules,68 ans,amputation de la jambe droite le 20.12.1957 pour gangrene du pied chez un arteritique ,diabetique.Mort subite au 10e jour.

Autopsie: Volumineux caillot blanc s'étendant du ventricule droit à l' artere pulmonaire.

Observation nº51:

Madame C.Geneviève ,68 ans,amputation jambe droite le 4.2.1957 pour arterite.Mort subite au 3e jour.

Autopsie: Il existe un volumineux caillot blanc dans le coeur droit, caillot blanc se prolongeant par un caillot rouge ,jusqu'à la branche gauche de l'artere pulmonaire.

Observation nº52:

Monsieur L.Laurent,67 ans,adenome prostatique opéré le 27.10.1957.Mort subite au 4e jour au cours des visites en parlant à sa femme.

Autopsie: Hyertrophie ventriculaire gauche,gros caillot blanchatre ,comblant la quasi totalité du ventricule droit et de l'oreillette droite.

Observation nº53:

Madame S.Jeanne ;65 ans ,cholecystite non opéréele 28.6.1957.Au 5e jour hyerthermie ,convulsions,collapsus cardiovasculaire.

Autopsie;Enorme thrombus blanc,adherent au ventricule droit et qui se prolonge dans le tronc de l'artere pulmonaire.

Observation nº54:

Monsieur B.Georges,63 ans,ulcere perforé bouché avec abcès sous phrenique, drainé le 29.7.1957.Au 3e jour detresse respiratoire avec douleur thoracique puis décès.

Autopsie:Gros caillot blanc fixé au ventricule droit se prolongeant par un caillot rouge recent vers l'artere pulmonaire.

Observation nº55/ :

Monsieur C.Laurent,44 ans,admis le 15.3.1957 pour un syndrome douloureux abdominal.Mort subite dans un tableau de collapsus le lendemain.

Autopsie:Foie de cirrhose.Gros thrombus adherent à la paroi du ventricule droit d'aspect blanc,et noiratre près de l'adherence.

Observation nº56/:

Madame B.Aurelie,72 ans,cholecystectomie pour lithiase le 25.6.1958. Au2ée jour collapsus irreversible.

Autopsie: Presence d'un gros caillot blanc très ancien strié de fines trainées rougeatres.Le corps de ce caillot est blanc d'un diametre d'un cm,il est long de 8 cmavec un leger étranglement à la paroi moyenne.Il adhere intimement aux piliers et aux cordages.Il existe au dela du retrecissement une portion éffilée constituée par un caillot rouge recent dont la pointe libre s'engage dans l'infundibulum pulmonaire et reste libre de toute attache.

Observation nº57:

Madame B.Maria,60 ans,opérée le 6.5.1958d'une occlusion sur bride.Au 6e jour mort subite dans le couloir.

Autopsie: caillot blanc adherent aux parois du ventricule droit,se prolongeant par un caillot rouge dans l'artere pulmoanire.

Observation nº58:

Madame S.Ines,68 ans,hémicolectomie le 6.61958.Au 4e jour mort subite; malgré des suites operatoires favorables.

Autopsie: Enorme caillot blanc,large de 2 cm d'aspect blanchatre ,solide intimement fixé aux piliers du coeur,puis diminue de diametre .Il existe un caillot rouge recent se prolongeant vers l'artere pulmonaire.

Observation nº59:

Madame B.Lucie,65 ans,cholecystectomie le 4.7.1958.Au 2e jour dyspnée, hémoptysie,cyanose puis décès.

Autopsie:Caillot blanc de 4cm sur 8mm adherent au ventricule droit.

Observation nº60:

Madame L.Louise,46 ans,hémigastrectomie superieure pour cancer du cardia le 30.7.1958.Au 3e jour,mort subite dans un tableau d'hyperleucocytose.

Autopsie:Volumineux caillot blanc organisé mesurant 8 cm de long sur 1 cm de large,adherent derriere le pied du pïer posterieur du ventricule droit et se termine par un long caillot rouge qui s'engage dans le tronc de l'artere pulmonaire.

Observation nº61:

Madame B.Antoinette,71 ans,gastrectomie pour ulcere le 7.81958.Au 2e jour apparition d'une dyspnée puis un collapsus.

Autopsie:L'oreillette droite est occupée par un caillot blanc volumineux de 3 cm de coté,épais de 1 cm adherent à la paroi et épousant la forme de l'oreillette

Observation nº:62:

Monsieur C.Jean,54a ns nephrectomie pour cancer du rein le 15.12.1958. Au 6e jour douleur thoracique droite,dyspnée ,crachats hémoptoiques,collapsus. A l'ECG:axe droit S1 Q3.

Autopsie: Envahissement de la VCI par un embol néoplasique de meme structure que le rein.Caillot blanc libre adherent intimement au pilier antero-interne du ventricule.

Observation nº63:

Monsieur B.Louis,59 ans,fracture de clavicule le 23.12.1958.Au 8e jour apparition d'un tableau clinique ressemblant à un délirium tremens,agitation, desorientation temporo-spatiale,fievre,sueurs.Décès dans la soirée.

Autopsie: Il existe un caillot blanc libre dans le ventricule droit.Il existe d'autre part un caillot blanc fixé dans la veine cave inferieure commençant au niveau de la veine rénale droite descendant jusqu'à la bifurcation et poursuivant dans la veine iliaque gauche où il est mobile.

Observation nº64

Madame B.Laure,7[illegible] ans,nephrectomie pour cancer du rein le 22.6.1959.Au 5e jour apparition d'une dyspnée puis collapsus irreversible.

Autopsie:Il existe un caillot blanc de 3 cm sur 2 calibre dans l'oreillette droite.Il existe dans le ventricule droit 2 caillots fixés.

Observation nº65:

Monsieur F.Albert,76ans,cystostomie sous anesthesie locale pour retention aigue le 31.8.1959.Malade fatigué,coronarien,dans l'apres midi,polypnée, tachycardie puis cyanose et collasus.

Autopsie:Il existe un gros caillot blanc qui adhere nettement aux parois de l'oreillette droite et du ventricule droit.

Observation nº66:

Monsieur B.Edouard,64ans,amputation du rectum par voie abdomino-périnéale le 29.21960.Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Il existe un caillot blanc adherent au ventricule droit se prolongeant par un caillot rouge recent.

Observation nº67:

Monsieur L.Edouard,73 ans,cancer de la prostate,opéré le 2.9.1959.Bonnes suites operatoires.Au 5e jour mort subite.

Autopsie: On trouve dans le ventricule droit un caillot organisé cylindrique adherent à l'endocarde.

Observation nº68:

Monsieur N.Armand,67 ans,nephrectomie droite pour tumeur le 19.2.1960.Au 3e jour mort subite.

Autopsie:Dans les cavités gauches existe un gros caillot fixé à l'endocarde il est fixéaussi au pilierdu ventricule.

Observation nº69:

Monsieur M.Charles,nephrectomie droite avec prostatectomie le 25.1.1960. Au 3e jour chute tensionnelle .Mort subite.

Autopsie: Il existe un caillot blanc long d'environ 5 cm de large ,de 6mm dans sa partie la plus grosse et effilé à son extremité qui adhere à la paroi du ventricule droit.

Observation nº70:

Monsieur D.Georges,64 ans,volvulus du grêle,opére le 28.4.1960.Suites operatoires normales.Au 3e jour,hyperthermie à 38º puis confusion caracterisée par des bouffées delirantes,tremblement généralisé.On evoque un delirium

tremens,mais il n'existe pas d'antecedents ethyliques.Puis mort subite.

Autopsie: Presence d'un gros caillot blanc,fixé dans le ventricule droit gagnant l'artere pulmonaire.

Observation n°72:

Monsieur F.Joseph,59 ans,anus iléaque pour cancer du rectum le 13.4.1960.Au 3e jour,malaise brutal avec point de coté throracique droit,angoisse paleur; collapsus irreversible.

Autopsée:Il existe dans le ventricule droit un caillot blanc resistant, fixé aux piliers organisé se prolongeant jusque dans les branches de l'artere pulmonaire.

Observation n°74:

Madame B.Marthe,81ans,admise d'urgence le 10.11.1961pour occlusion intestinale avec megadolichocolon.Au 2e jour mort subite dans un tableau d'hyperthermie.

Autopsie:Hypertrophie ventriculaire droite;Thrombose cardiaque bilaterale.

A droite:caillot rougereàtivement recent en debut d'organisation dans l'oreillette droite se prolongeant par un caillot blanc organisé,fixé aux piliers du ventricule droit prolongé lui méme par un caillot blanc dans le tronc de l'artere pulmoanire.

A gauche:caillot blanc organisé fixé aux piliers du ventricule gauche dont les parois sont hypertrophiés.

Observation n°75:

Madame D.Kathilde,66ans,opéré le 7.4.1961.Gastrectomie pour cancer. Mort subite au 3e jour.

Autopsie:Long caillot de 20 cm,blanchatre au debut,adherent au ventricule droit se prolongeant par un acillot rougeatre dans l'artere pulmoanire.

Observation nº76:

Madame B.Mathilde,56 ans,nephrectomie gauche avec splenectomie pour cancer le 9.6.1961.Au 3e jour décès brutal.

Autopsie:Il existe dans le ventricule droit de nombreux petits caillots blanchatres organisés adherent à la aproi.

Observation nº77:

Monsieur R.Daniel,79 ans,prostatectomie pour cancer le 26.6.1961.2heures après l'intervention gros troubles respiratoires.Collapsus irreversible.

Autopsie: Il existe un caillot de 2 cm de long dans l'atrere pulmonaire caillot blanchatre adherent à la paroi,se prolongeant par un caillot rouge recent.

Observation nº78:

Monsieur R.Rene,76 ans,adenome prostatique opéré le 3.7.1961.Le lendemain detresse respiratoire puis collapsus.

Autopsie: Il existe de gros caillotsdans les cavités droites et gauches

A droite:thrombus blanc d'aspect graisseux ,enorme de consistance ferme,d'aspect graisseux,énorme,de consistance ferme.Il siege dans le ventricule droit auquel il adhere très fortement.Il existe un prolongement mobile dans l'artere pulmonaire .A gauche: thrombus blanc d'aspect graisseux dans le ventricule gauche.Il adhere par son extremité inferieure et fortement à la face posterieure du ventricule.

Observation nº79:

Madame C.Marie,61 ans drainage d'un phlegmeon retroperitonéal gauche ,à la suite d'un cancer du colon le 30.10.1961.Cachexie progressive .Mort subite au 5e jour.

Autopsie: Presence d'un gros caillot blanc organiséfixé aux piliers droit prolongé par un caillot rouge recent vers l'artere pulmonaire.

Observation n°80:

Monsieur P.Gaston,73ans,operé d'un ileus biliare le 18.2.1962.Au 2e jour mort subite dans un tableau de cachexie.

Autopsie: Thrombus blanc fixé au ventricule droit se prolngeant vers l'artere pulmonaire par un caillot rouge.

Observation n°81:

Madame C.Elizabeth,65ans,fistule recto-vesico-vaginale post-radiotherapique opérée le 27.2.1962.Au 4e jour mort subite dans un tableau de precordialgies vives,angoissantes.TA imprenable.

Autopsie: Le ventricule droit est le siege d'un thrombus blanc d'aspect graisseux,très adherent aux piliers en un point,ce thrombus n'a pu etre detaché et il a fallu le couper.

Observation n°82:

Monsieur D.Eugenie,83 ans,adenome prostatique,opéré le 17.7.1961.Au 10e jour dyspnée,tachycardie croissante,puis décès.

Autopsie:Le ventricule droit est le siege d'un mince caillot blanc fin resistant,manifestement organisé,se prolongeant dans les branches de l'artere pulmnnaire.

Observation n°83:

Madame P.Marguerite,77ans,hernie crurale gauche étranglée,opérée le 29.3.1961 Au 3e jour dyspnée,cyanose puis collapsus.

Autopsie: Il existe un caillot blanchatre adherent à la paroi du ventricule droit se prolongeant par un caillot rouge.

Observation nº84:

Madame B.Raymonde;opérée pour une occlusion sur bride du grele le 5.1.1962.Le lendemain detresse respiratoire avec collapsus.

Autopsie: Il existe dans le ventricule drpit un thrombus blanc fixé aux piliers.dans le ventricule gauche il existe un thrombus rouge.

Observation nº85:

Madame C.Therese,62 ansvolvulus du grele opérée le 7.1.1961.Au 2e jour mort subite.

Autopsie: Gros thrombus blanc adherent aux parois du ventricule droit. Thrombus rouge dans l'artere pulmonaire et ses branches.

Observation nº86:

Monsieur C.Gaston,70 ans,cystectomie totale avec ureterotomie le 1.3.1962. Mort subite au 2e jour;

Autopsie: Caillot organisé adherent au ventricule gauche,long de 20cm, il franchit l'orifice aortique et envahit toute la crosse aortique,un second caillot organisé adhere au ventricule droit ,envahit l'artere pulmonaire.

Observation nº87:

Madame D'eeuw,81 ans,anastomose colo-iléale pour cancer du coecum le 17.1.1962 au 3e jour somnolence agitation puis mort subite.

Autopsie:Gros thrombus rouge de l'atrere pulmonaire,prenant naissance dans le ventricule droit où il existe un caillot blanc adherent à la paroi.

Observation nº88:

Monsieur F.René,64 ans,hémicolectomie gauche pour cancer le 23.2.1962. Dans la soirée gros troubles respiratoires puis collapsus irreversible.

Autopsie: Il existe à droite un très gros thrombus blanchatre

occupant l'oreillette droite dans laquelle il est adherent.Gros thrombus de l'artere pulmonaire dont l'origine adhere fortement aux piliers du ventricule droit

Observation nº89:

MonsieurD Louis,70 ans,amputation pour cancer du rectum le 13.41962.Au 4e jour,apparition d'une tachycardie à 120,puis polypnée,collapsus irreversible

Autopsie: Thrombose auriculo-ventriculaire droite dont une partie ancienne blanche est fixée aux piliers du ventricule et une partie recente est plus ou moins fragmentée.

Observation nº90:

Madame G.Marie Jeanne,74 ans,amputation du rectum par voie abdomino-perinéale lr 12.11.1963.Au 2e jour mort subite.

Autopsie:Caillot blanc fixé dans l'oreillette et le ventricule droit et se prolongeant par un caillot rouge vers l'artere pulmonaire.

Observation nº91:

Monsieur F.René,64ans,hémicolectomie gauche pour cancer du colon le 30.2.1963 Apres l'intervention,dans la soirée troubles respiratoires avec cyanose puis c collapsus.

Autopsie:Gros thrombus blanc occupant l'oreillette droite très adherent.Gros Thrombus de l'artere pulmonaire dont l'orifice adhere fortement aux piliers du ventricule.

Observation nº92:

Madame A.Berthe,75 ans,abcès sous hepatique pour ulcere perforé bouché, opéré le 1.2.1963.Au 2e jour mort subite.

Autopsie: Thrombus blanc fixé au ventricule droit se prolongeant par un caillot rouge.

Observation nº93:

Monsieur L.Marcel,65 ans,hémicolectomie gauche pour cancer le 12.2.1962. Au 2e jour dyspnée puis collapsus.

Autopsie; Thrombus blanc fixé aux parois de l'oreillette droite gros comme une noix,se prolongeant dans le ventricule droit par un caillot rouge recent.

Observation nº94:

Madame C.Françoise,70 ans,lithiase du choledoque,opérée le 18.9.1961.Au 3e jour mort subite.

Autopsie:Gros caillot blanc ancien,fixé dans le ventricule droit et l'artere pulmonaire.

Observation nº95:

Monsieur P.Désiré,77ans,hospitalisé pour retention d'urines.Au 2e jour temperature à 40º,érytheme puis collapsus irreversible.

Autopsie:Hypertrophie ventriculaire gauche.Il existe dans les cavités droites un caillot adherent à la paroi du ventricule droit de volume d'une mandarine.Ce caillot au niveau de l'adherence ventriculaire est blanchatre.

Observation nº96:

Monsieur N.Gabriel,66 ans,ulcere perforé suturé le 3.3.1963.Antecedents d'infarctus du myocarde il y a un an.Le lendemain chute tensionnelle,décès.

Autopsie:Gros caillot blanc organisé dans l'oreillette droite et le ventricule droit.

Observation n)97:

Monsieur L.Edouard,80 ans,adenome prostaique opéré le 24.6.1963.Au 6e jour malade fatigué,hyperthermique,décès subit.

Autopsie:Gros caillot blanc fixé dans le ventricule droit s'engageant dans l'artere pulmonaire.

Observation nº98:

Monsieur R.Pierre,39 ans,est hospialisé le 1.51963pour traumatisme des bourses datant de 2 jours .Al'entrée etat de choc irreversible.

Autopsie: Enorme caillot blanc fixé dans l'oreillette droite filant dans le veine cave inferieur.Cicatrice d'infarctus au niveau de la paroi posterieure du ventricule gauche.Le caillot blanc est de taille d'une petite pomme;il adhere intimement aux parois,il se prolonge par un caillot blanc,rouge,à la peripherie,de la taille d'un gros crayon,long de 5 cm.

Observation nº99:

MonsieurR.Maurice,75ans,adenome prostatique opéré le 3.7.1963.Au 5e jour mort

Autopsie:Il existe un thrombus d'aspect graisseux dans le ventricule gauche Il adhere par son extremité inferieure et fortement à la face posterieure du ventricule.Il passe dans l'orifice de la crosse aortique à laquelle il adhere fortement.L'auricule gauche est entierement rempli par un thrombus irregulier blanchatre,entierement adherent.

Au niveau des cavités droites,un énorme thrombus de consistance très ferme, blanc,de forme ovoide,siege dans le ventricule droit,auquel il adhere fortement et dont il ne peut etre détaché.

Observation nº100:

Monsieur M.Arnaud,67 ans,nephrectomie droite pour cancer le 19.2.1964. au 5e jour malaise brutal avec gene respiratoire.

Autopsie: Gros thrombus fixé à l'endocarde du ventricule gauche long de 15 cm un gros fragment se trouve dans l'aorte ascendante puis dans l(oreillette gauche

Observation nºIOI:

Madame G.Josephine,70ans,hémicolectomie gauche pour cancer le 6.61964,chez une malade faitiguée,amaigri;mort le soir meme.

Autopsie: Presence dans le ventricule droit ,d'un caillot blanc orgagnisé et fixé près des piliers.

Observation nº102:

Madame S.Louise,8I ans,resection d'un anevrysme de l'aorte poplitée le 4.6.1964 Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Thrombus blanc fixé dans le ventricule gauche et l'oreillette gauche.

Observation nº103:

Monsieur B.Alfred,77ans,hernie inguinale droite étranglée opéré le 4.7.1964 Mort subite au 4e jour.

Autopsie: Gros ventricule gauche contenant de nombreux caillots blancs de consistance gélatineuse,se prolongeant par un caillot rouge dans l'aorte.

Observation nº104:

Monsieur C.Henri,52 ans,laparotomie exploratirice le 1.10.1954.Faux syndrome abdominal du à un épanchement purulent de la plevre droite.Au 3e jour,collapsus cardiovasculaire irreversible.

Autopsie: A l'ouverture des cavités droites il existe un thrombus blanc organisé,partant de l'oreillette droite à la paroi du ventricule droit où il adhere.

Observation nº105:

Monsieur V.Louis,81 ans,opéré d'un diverticule de MEckel avec occlusion le 30.9.1964.Mort subite au 6e jour.

Autopsie: Enorme thrombus blanc,occupant presuque toute l'oreillette droite long de 22 cm,puis traversant ,gros comme un crayon,l'orifice auriculo-ventriculaire pour se pelotonner dans le ventricule droit.Il est intimement fixé aux parois.

Observation nº106:

Monsieur B.Marcel,43 ans,gastrectomie pour ulcere le 22.5.1965.Au 5e jour aggravation de l'état géneral,collapsus irreversible.

Autopsie : Cystostéatonecrose du pancréas.Thrombus blanc partant des cavités droites où il adhere et gagne l'artere pulmobaire.

Observation nº107:

Monsieur S°Pierre,49 ans,gangrene appendiculaire,opéré le 12.5.1965. Antecedents d'infarctus du myocarde dans les suites d'une intervention chirurgivale il y a 10 ans.Au 2e jour,apparition subite d'un collpasus cardio vasculaire avec obnubilation,légere cyanose,dyspnée

Autopsie:Dans le ventricule droit,prence de 2 thrombus blancs organisés, l'un est libre ,l'autre plus long est fixée aux cordages valvulaires.

Observation nº108:

Madame C.Marguerite,72 ans,cholecystectomie le 24.1?1966.Au 6e jour mort subite

Autopsie: Il existe dans le ventricule droit un caillot blanc fixé à la paroi de 10 cm de long,plusieurs fois replié.

Observation nº109:

Madame G.Geramaine,80 ans,gastrectomie pour cancer le 19.5.1967.Mort subite au 2 e jour.

Autopsie: Gros caillot organisé blanchatre situé dans le ventricule droit et se poursuivant par un caillot rouge se dirigeant vers l'infundibulum pulmonaire.

OBservation nº110/:

Madame S.Madeleine,70 ans,suture ulcere perforé duodenal le 26.6.1970. Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Dans le venrticule droit existe un caillot blanc ancien,fixé

Observation nº111:

Madame C.Leonine,73 ans,gastrectomie pour ulcere gastrique le 21.4.1970.dans un tableau d'hématemeses.Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Decouverte dans le ventricule droit d'un caillot blanc organisé et adherent ,de 5 cm de long s'engageant dans l'artere pulmonaire et ses branches.

Observation nº112:

Madame B.Camille,86 ans,ulcere perforé de l'estomac suturé le 19 5 1969. Mort subite au 6e jour dans un tableau de collapsus.

Autopsie: Au niveau du coeur droit existe dans le fond de l'oreillette droite. plongeant dans la lumiere de la valvule,un caillot,en partie adherent aux parois,qui se detache facilement au doigt,qui a la grosseur d'un pouce.Il a une double struture:dans sa partie inferieure,en forme d'entonnoir ,le caillot est blanc,fibrineux,avec des prolongements situés dans la valvule.

Observation nº113:

Monsieur R.Gaston,83 ans,opéré d'un infarctus du grele le 2.2.1971.Suites operatoires difficiles marquées essentielllement par des troubles respiratoires Deces brutal au 10 e jour.

Autopsie: Infarctus du myocarde antero-lateral ancien.Gros thrombus blanc fixé au ventricule droit,dont l'extrémité filée flotte dans l'oreillette droite.

Observation nº114:

Madame C.Elisabeth,60 ans,opérée d'une fistule recto-vaginale post radiothea rapique la 28.3.1972.Mort subite au 3e jour dans un tableau de précordialgies intenses avec collapsus.

Autopsie: Caillot blanc fixé au ventricule droit se prolongeant par un caillot rouge.

Observation nº115:

Monsieur D.Eugene,83 ans,opéré d'un adenome prostaique le 17.7.1972.Au 6e jour dyspnée,tachycardie,puis collpasus irreversible.

Autopsie: Le ventricule droit est le siege d'un thrombus blanchatre d'aspect graisseux,très adherent aux parois du ventricule;en un point ce thrombus n'a pu etre detaché et il a fallu le couper.

Observation nº116:

Monsieur D.Georges,77 ans,opéré d'un adenome prostatique le 5.6.1972. Mort subite au 2e jour.

Autopsie: Thrombus blanc fixé à l'oreillette droite et se prolongeant par un thrombus rouge jusque dans l'artere pulmonaire.

Observation nº117:

Monsieur V.Jean,70ans,cancer de la prostate,opéré le 6.5.1972.Mort subite au 3e jour.

Autopsie: Gros caillot blanc,dur organisé,fixé au ventricule gauche et entouré de caillots rouges.

LES MORTS SUBITES PAR EMBOLIE PULMONAIRE VERIFIES.

Mr.J.Robert,52ans,gastrectomie pour ulcere le 10.2.1950,morts subite le 10ej.

Mr.R.Jean,72ans,hernie inguinale gauche le 14.2.1951;mort le 7e j.

Mad.L.Germaine,65ans,gastrectomie pour ulcere le 10.9.1953,mort le 8e j.

Mad.L.Germaine,69ans,fracture col du femur en traction le 13.3.1953,mort le 20e j.

Mad D.Jeanne,69 ans,perforation diastatique par cancer du colon le7.9.1954
mort le 9e jour.

Mad.V.Suzanne,50ans,gastrectomie pour cancer le 17.2.1954,mort le 10e j.

Mr.P.Leon,69ans,adenome prostatiquele 10.10.1954,mort au 10e j.

Mad.B.Sophie,65ans,gastrectomie pour cancer le 17.2.1954,mort le 20e j.

MrC.Charles,57 ans,cancer de la prostate le 19.2.1954;mort le 22e j.

Mr.P.Pierre,70ans,cancer de la prostate le 18.10.1954,mort au 12 e j.

Mad.B.Blanche,54ans,rectoscopie pour hemorroides le 6.12.1954;mort le 15e j.

Mad.H.Marie,86ans,fracture supracondylienne platrée le 28.8.1954,mort le 22e j.

MadJ.Celina,50ans,Halstedt le 6.6.1955;mort au 6e j.

Mr.H.Edouard,55ans,cholecystectomie le 22.10.1956,mort le 6e J.

Mad.M.Alice,36 ans,GEU le 23.10.1956,mort le 8e j.

Mr.I.Georges,51ans,fracture de cotes le 4.5.1957;mort le 10e j.

Mad.V.Aline,60ans,appendicectomie le 11.6.1957,mort le 8e J.

Mr.B.Pierre,39ans,colique nephretique gauche le 11.7.1957,mort le 8ej.

Mr.RPascale,75ans,électrocoagulation prolapsus uterin le 13.3.1957;mortle8ej.

Mad.B.Dominique,56ans,cancer gastrique le 28.2.1957,mort le 10e j.

Mr;F.Roger,67ans,adenome prostatiquele 6.3.1957,mort le 10e j.

Mr.B.Edouard,62ans,gastrectomie pour cancer le 7.4.1957,mort le 11e j.

Mad.P.Romaine,62ans,gastrectomie pour cancer le 10.5.1957;mortle 7e J.

Mad.D.Laure,74ans,nephrectomie pour cancer le 22.6.1958,mortle 10ej.

Mad.F.Victoria,35ans,cancer du coecum le 20.10.1958,mortle 10e j.

Mad.B.Berthe,76ans,lithiase du choledoque le 16.2.1959;mort le 7e j.

Mad.B.Louise,89ans,fracture col femur D en traction le 3.6.1959,mort le 15e j.

Mr.M.Charles,73ans,nephrectomie pour kyste le 25.2.1960,mort le 7e j.

MadP.Rolande,46ans,cancer du colon gauche le 18.9.1960,mort le 12e j.

Mad P.Eugenie,82 ans,fracture col femur D en traction le 16.9.1960,mort le 15ej.

Mad P.Leonie,59ans,cholecystectomie le 20.10.1960,mort le 8e j.

Mad.D.Jeanne,82 ans,cancer colon droit le 17.1.1961,mort le 9e j.

Mad.WAlice,75ans,cancer sigmoide le 7.2.1962,mort le8e j.

Mad.A.Marie,90 ans,fracture cervicale femur en traction le 2.8.1962,mort le 20ej.

Mr.P.Louis,72ans,cancer de l'oesophage le 30.10.1962,mort le 15ej.

Mad.BAgathe,80ans,hernie crurale droite étranglée le 12.2.1962,mort le 6e J.

Mr.B Jean,64ans,appendicectomie le 30.12.1963;mort le 1De j.

Mr.B.Maurice,8[illegible] ans,retention d'urines le 26.4.1963;mort le 10e j.

Mr.C.André,63ans,fracture col femur,osteosynthese le 25.2.1963,mort le 10ej.

Mr.B.Jea n,70ans,cancer du rectumle 7.10.1963,mort le 5ej.

Mr.T.Jean,72ans,fracture col femur en traction le 3.11.1963,mort le 16e j.

Mad.M.Marie,86ans,cancer colon gauche le 9.11.1963,mort le 9e j.

Mr.N.René,70ans;cancer de l'antre le 13.6.1964,mort le 13e j.

Mr C.Etienne,80ans,cancer de la prostate le 13.6.1965,mort le 14e j.

Mad D.Julia,75ans,gastrectomie pour ulcere le 6.12.1965,mort le 6e j.

Mr;IMarcel,68ans,fracture du péroné le 11.2.1965,mort le 9e j.

Mad.B.Paule,65ans ,cancer vaginal le 5.4.1965,mort au 24e j.

Mad S.Marie,80ans,fracture col femur en traction le 10.5.1966,mort le 10e j.

MadA.Battista,80ans,cancer du rectum le 14.11.1966,mort le 9e j.

Mr J.Albert,76ans,iléus biliare le 27.6.1966,mort le 15e j.

Mad S.Berthe,75ans,fracture diaphyse femorale le 5.9.1967,mort le 15e j.

Mad.W.Louise,63ans,polytraumatisé le 10.10.1965,mort le 22e j.

Mr B.Gaston,60ans,pancréatectomie aigue hemorragique,mort le 10e j.

MrP.Louis,70ans,peritonite appendiculaire le 20.10.1965,mort le 6e j.

Mad.R.Mireille,44ans,plaie de l'abdomen le 28.10.1968,mort le 9e j.

Mad.B.Renée,64ans,operation de Haller le 26.3.1968,mort le 9e j.

Mad B.Helene,58ans,lithiase vesiculaire le 17.8.1969,mort le 5e j.

Mad.P.Josephine,60ans,cholecystectomie le 6.10.1969;mort le 12e j.

Mr.A.Raymond,68ans,cancer du colon opéré le 18.07.1969,mort le 13e j.

Mr.R.René,60ans,ureterotomie pour calcul le 12.6.1969,mort le 6e j.

Mad N.Josette,69ans,cholecystectomie le 6.3.1970,mort le 10e j.

Mad P.Josephine,67ans,cholecystectomie le 7.3.1970,mort le 10e j.

Mad T.Renée,46ans,cirrhose du foie decompensée,mort le 12e j.

Mr.D.Mohamedm,55ans,brulures 20% 2e degréle 3.8.1970,mort le 20e j.

Mad L.Jeanne,69ans,lithiase du choledoque le 31.7.1970,mort le 10e j.

Mr.B.Maurice ,81ans,cancer de la prostate le 2.11.1971,mort le 8e j.

Mr B.Felix,50ans,polytraumatisé le 22.10.1971,mort le 30ej.

LES MORTS SUBITES,VERIFIEES,PAR INFARCTUS DU MYOCARDE

Mr.R.Georges,79ans,retention d'urines le 3.10.1951,mort le 5e j.

Mad.C.Louise,75ans,prolapsus uterin le 3.5.1954,mort le 10e j.

Mad V.Jeanne,65ans,gangrene arteritique le 12.3.1955,mort le 4ej.

Mad B.Helene,66ans,hernie crurale étranglée le 31.11956,mort le 4e j.

Mr.M.Paul,65ans,cancer du rectum le 5.6.1960,mort le 4e j.

Mr.C.Henri,65ans,fractures de cotes gauches le 30.11.1961,mort le 2ej.

Mad.B.jasmin,62ans,pyocholecystite le 30.1.1971;mort le 20e j.

ANALYSE DES OBSERVATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES

Parmi les 85000 malades hospitalisés dans le service de chirurgie du DOCTEUR GASTON-CLAUDE SIMONau CENTRE HOSPITALIER de MONTFERMEIL de 1947 à 1972,nous avons relevé 2000 décès,dont 191 dus à une mort subite.

Parmi ces cas nous trouvons:

-117 cas de thrombose intracardique

-67 cas d'embolie pulmonaire

-7 cas d'infarctus du myocarde

A. LE SEXE:

Il n'existe pas de difference notable entre les deux sexes:

- 67 cas chez l'homme
- 50 cas chez la femme

B. L'AGE:

I. Pour la thrombose intracardiaque:

- 1 cas de 12 ans
- 1 cas de 35 ans
- 6 cas entre 40 et 50 ans
- 25 cas entre 50 et 60 ans
- 45 cas entre 60 ans et 70 ans

23 cas entre 70 et 80 ans

- 13 cas entre 80 et 90 ans

II. Pour la embolie pulmonaire:

- 3 cas entre 30 et 40 ans
- 4 cas entre 40 et 50 ans
- 16 cas entre 50 et 60 ans
- 21 cas entre 60 et 70 ans
- 16 cas entre 70 et 80 ans

- 7 cas entre 80 et 90 ans

Il n'existe donc pas de difference d'age entre les morts par thrombose intra cardiaque et les embbolies pulmonaires.

C. LA DATE DE SURVENUE:

I. Pour la thrombose intra-cardiaque:

- 23 cas le premier jour (20%)
- 33 cas le 2e jour (28%)
- 24 cas le 3e jour (20%)
- 6 cas le 4e jour (5%)
- 12 cas le 5e jour (10%)
- 6 cas le 6e jour (5%)
- 7 cas le 7e jour (5%)
- 1 cas le 8e jour (1%)
- 7 cas le 10e jour(5%)

II. Pour l'embolie pulmonaire:

- 2 cas le 5e jour
- 5 cas le 6e jour
- 4 cas le 7e jour
- 9 cas le 8e jour
- 14 cas le 10 e jour
- 2 cas le 11e jour
- 4 cas le 12e jour
- 2 cas le 13e jour
- 1 cas le 14e jour
- 6 cas le 15e jour
- 1 cas le 16e jour
- 5 cas le 20e jour
- 2 cas le 22e jour
- 3 cas le 24e jour

Il existe donc une nette difference caracteristique.La survenue de l'embolie pulmonaire est beaucoup plus tardive.Classiquement la thrombose intracardiaque survient du 2e au 4e jour.

D.LIEU DE LA THROMBOSE INTRACARDIAQUE:

- 63 cas de thrombose intracardiaque ventriculaire droit,se prolongeant par un caillot rouge dans l'artere pulmonaire
- 8 cas de thrombose de l'oreillette droite,du ventricule droit,se prongeant par un caillot rouge reant dans l'artere pulmonaire
- 14 cas de thromboses uniques du ventricule droit
- 2 cas de thromboses uniques de l'oreillette droite
- 14 cas de thrombose de l'oreillette droite et du ventricule droit
- 7 cas de thrombose des cavités gauches
- 11 cas de thromboses des cavités gauches et droites.

E. LIEU DE L'INTERVENTION:

I. Pour la thrombose intracardiaque:

- 45 cas de cancer
- 16 cas de gastrectomies pour ulcere
- 12 gastrectomies pour cancer
- 19 cas de cancer du colon et du rectum
- 3 cancers de l'oespohage
- une tuberculose de l'inestin grele
- une peritonite appendiculaire
- 7 hernies étranglées
- 8 occlusions aigues
- 2 pancréatites
- 8 cholecystectomies
- 2 ileus biliaire

- 11 adenome prostaique
- 4 cancers de la prostate
- 1 anevrysme du creux poplitée
- une sympathectomie
- 3 amputation pour gangrene
- une hysterectomie pour cancer
- un kyste de l'ovaire
- 2 prolapsus uterin
- 3 traumatisés.

II. Pour l'embolie pulmonaire:

- 21 cancers
- 3 gastrectomies pour cancer
- 5 gastrectomies pour ulcere
- 10 cancers du colon et du rectum
- 2 hernies étranglées
- 7 cholecystectomies
- 3 cancers de l'oesophage
- 3 appendicites
- un ileus biliaire
- 3 adenome prostaique
- 4 cancers de la prostate
- 2 cancer du rein
- 15 traumatisés
- une grossesse extra-uterine
- unprolapsus uterin
- une hysterectomie pour cancer.

CONCLUSIONS

Nous avons isolé et séparéde la maladie thromboembolique tout un complexe de thromboses intra-cardiaque,qui n'ont pas leur point de depart à la periphérie de l'organisme,car elles se sont constituées in situ dans les cavités droites.

Toutes les observations recueillies au nombre de 117 en 25 ans de 1947 à 1972, ont été controlées par autopsie dans le service de chirurgie du Centre hospitalier de MONTFERMEIL du Docteur GASTON-CLAUDE SIMON.

Ces thromboses intracardiaques,in situ,se sont constituées sur place et leur nature ante-mortem ne semble plus faire de doute.Elles ne doivent pas être confondues avec les classiques embolies.En effet, si les embolies pulmonaires, qui surviennent en général entre le 8e jour et le 14e jour ne sont pas toujours mortelles,la thrombose intracardiaque se manifeste très précocement au 2e,3e jour et est toujours mortelle.

Anatomiquement la thrombose cardiaque comporte la présence de caillots fixés à l'endocarde,la lésion est absolument typique et présente toujours le même aspect:il s'agit de caillots fibrino-cruorique,blancs antérieurs à l'intervention chirurgicale;il s'est constitué,à partir du caillot pré-existant, un deuxième caillot récent,rougeatre et qui va compléter l'obstruction jusqu'alors latente et bien tolérée.Ces 2 thrombus siegent en général dans les cavités droites et sont exceptionnels à gauche.

Etiologiquement la thrombose intracardiaque survient,avec une particulière fréquence chez les dénutris,les grands blessés,les cancéreux.

Le diagnostic est suspecté devant l'association en post-opératoire précoce d'une dyspnée,d'une cyanose,d'un collapsus.L'ECG avant l'accident ne montre pas l'existence du thrombus blanc.

Le pronostic est toujours mortel, quelque soit le traitement.

Dans l'avenir il faudrait opérer ces malades.

BIBLIOGRAHIE

1.AEBERHARD:

TRaitement de 4 thromboses pulmonaires massives par la streptokinase.

Thése,PARIS,ST LOUIS.1971.

2. ARENT(J.) and CARDON(L.):

The diagnostic of intra-auricular thrombosis in the hearth

Circulation,315.Fev1950

3.AUBERTIN et RIME:

Le diagnostic de la thrombose obliterante de l'oreillette gauche

Presse Medicale,34,97,1926.

4. BARKASAN(Z.):

Le diagnostic des thromboses cardiaques

Terapeuticiski arxiv,30,XI,54.1958.

5.BARROUX(P.) et NETIK(J.):

Note complementaire sur les thromboses cardiaques.

Bull.Med.AOF.III,314.1958.

6. BAUN(GL.) et FISHER(FD.):

Relation entre l'insuffisance respiratoire fatale et les thromboses des cavités droites.

Amer.J.Med.Sci.240,609.1960.

7.BERGERET:

Observations sur les cardiopathies des Africains à Dakar

Bull.Med. de l'AOF.VIII,178e année,1951.

8. BEZES:

A propos de thromboses cardiaques droites

Mem.Acad.Chirurgie,86,32,936,1960.

9.BOGEN:

Presse medicale,68,28,1114,1960.

10.BOUVRAIN(Y.):

Les thromboses cardiaques intra-cavitaires

Sem.Hop.Paris,25,1115,1949.

11.BOUVRAIN(Y.),ALLESSANDRIS(L.),ROUTIER(D.):

Remarques anatomo-cliniques sur les thromboses intra-cavitaires

Arch.des Mal. du coeur,293.1949

12.BUHLER:

La thrombose obliterante de l'OG.

Thése,PARIS,1925.

13.BRUN,GARDERE,POZZETO:

Les thrombo-embolies des gros vaisseaux pulmonaires et des cavités droites chez les insuffisants respiratoires.

Poumon,COeur,19;509;528.1963.

14.BRUN,GARDERE,POZZETO:

Les thromboses du coeur droit et des gros vaisseaux pulmonaires au cours des insuffisants respirratoires chroniques et leur traitement par les fibrinolytiques

Rev.Lyo.Nº special.1966.

15.BRUN,GARDERE,POZETO:

Syndrome d'hypercoagulabilité sanguine et thromboses cardio-vasculaires au cours des insuffisances respiratoires chroniques.

Presse medicale,6,317.1964.

16.CENAC:

Les embolies pulmonaires graves

Feuillet du praticien,3968,437,1971.

17.CHALIER et BOUYSSET:

La thrombose cardiaque dans la diphterie

Journée med.Lyon 343,1930.

18. CHICHE,BESIOL-LIVERSAC,BAILLET:

Etude histologique des thromboses intracardiaques et leur region d'insertion

Arch. des maladies du coeur 886,1954.

19. DAVID,EDDLE,GIALERETO:

Les thromboses auriculaires massives

XXX ECongrés français de Medecine,1955

20.DENIS:

Les thromboses intracardiaques

Thése,Bordeaux,1953

21.DUBOST,DURANTEAU,JOUASSET:

Embolie massive et operation de Tredelenburg

Mem Ac.Chir,T87,11,344,1961.

22. EVANSet BERISON:

Thrombose massive de l'oreillette gauche

Bull.Heart 10,39,1948.

23.FITOUS:

Contribution à l'étude des thromboses intra-ventriculaires

These Alger 1959

24.GARVIN:

Mural thrombi in the heart

AM.713,1941

25.GEREEAUX et LENEGRE:

Embolie pulmonaire des cardiaques

Rev Prat VI;28,311?1956.

26.GERY(L.):

Thrombose totale canalisée de l'oreillette

Bull Soc Anat Paris 432,1923.

27;GIRAUD,BERT:

Infarctus du myocarde suppuré avec thrombose ventriculaire droite

28.GOFSTEIN:

Thromboses cardiaques

Conferences cardiologiques,I?Maloine,1970.

29.HARVEY(E.) and LEVINE(S.):

A study of infected mural thrombi of the heart.

Ame.J.Med Soc 180,365,1930.

30.HIGGINSON(J.),GILLANDERS(AD.) et HURRY:

The heart in chronic malnutrition

British heart journal,14?2,313,1952.

31.HOREAU:

Thrombus mural surinfecté au cours de l'infarctus du myocarde.

Actualités cardiologiques 15,293,1966.

32.HUMBERT,LENEGRE:

Le collapsus des cardiaques

Bul med Soc med hop paris,77,693,1961.

33.ISNARD et LABAN:

La thrombose cardiaque post operatoire

Presse medicale,69,493,1969

34.KRAYTMAN,DE KOSTER et SCHOUTENS(A.):

L'embolie pulmonaire aigue grave .Son traitement fibrinolytique.

Presse medicale 54,24,73,1971

35.LANGLOIS:

Contribution à l'étude des thromboses intracavitaires massives.

These medicale 1959

36. LAPLANE,TOURNIER:

Les endocardites microbiennes experimentales

Rapport du XXVI congrés de medecine Paris 1957.

37.LE BRETGRAND:

Med AC Chir,86,32,936,1960

38.LE BRIGAND et MOREAU:

Le risque thrombo-embolique dans la chirurgie du thorax

Le poumon et le coeur,15,2,1959

39.LENEGRE et HIMBERT:

Collapsus d'origine cardiaque

Rev du praticien X;25,2711

40. LENEGRE ET HATT:

Etude angiocardiographique des embolies pulmonaires

Ie congrés mondial de cardiologie,Paris 1950.

41. LETAC:

7 cas de thrombose cardiaque à évolution suraigue

Arch mal coeur,mai,juin 1945

42.LETAC,CAMAIN:

Les thromboses cardiaques chirurgicales

Bul ecole med Dakar,1,1953,43.

43LETAC:

La thrombose cardiaque d'apparence primitive considérée dans le cadre de la maladie thrombo-embolique.Incidences chirurgicales.Essai détude experimentale

Thése,Bordeaux,1960.

44. LETAC,CALAMEL:

La thrombose cardiaque d'apparence primitive

Esai d'étude experimentale ,Journal de chirurgie,82,197,1961

45.LETAC:

A propos des thromboses cardiaques post operatoires

Sem hop Paris,39,4,180,1963

46.loye et leury:

Réanimation par voie veineuse,thrombose et septicemie exprimentale

Presse medicale,73,1901,1965.

47. LUTEMBACHER:

La thrombose cardiaque

Presse medicale,76,1701;1965.

48. HELMANS:

Thromboses des cavités droites et stimulation endocavitaires permanente

Presse medicale,28?1289,1971

49.MOUQUIN:

Les thromboses canalisées de l'oreillette gauche

Bull med ,9,141,1948.

50.MOULONGUET:

Embolie pulmonaire et thrombose cardiaque droite.Distinction des 2 syndromes anatomo-cliniques mortes chez les malades chirurgicaux.

J.med acad chir 86,926,1960.

51. ROSKAN:

ETiologie et physiopathologie des thromboses veineuses

Rev du P 10,1129,1960.

52.SENDE:

Contribution à l'étude des thromboses intracardiaques post operatoires

These Paris,1962.

53.SHAPIRO:

Thrombose massive du ventricule gauche

Circulation,30,3,425,1964

54. SOURTOUL:

A propos des thromboses cardiaques aigues post operatoires.Constations électrocardiographiques et anatomopathologiques extraites de 4 observations

55. SOULIE ET CHICHE:

La thrombose intracardiaque

XXX Congrés français de Medecine Alger 1955

56.SOULIE et CHICHE:

La thrombose intracardiaque dans l'infarctus

57. SOULIE ET CHICHE:

Les thromboses parietales organisées des cavités du coeur.

Arch. Mal Coeur, 42, 663, 1943

58. TOURTOUL, OUTREQUIN:

A propos de 3 cas de thrombose cardiaque post operatoire

Soc de chirurgie de Boredeaux, 1959

59. STERNE:

La thrombose intracardiaque et ses pieges

Maroc med 51?542, 66, 1971

60. VERNANT:

Lesthromboses auriculaires massives

Vie medicale, 75, 1956

61. ZATUCNI:

Thrombose parietale obliterante du ventricule gauche.

Circulation 23, 5, 762, 1961.

Vu, le Président de Thèse
Monsieur le Professeur

CABROL

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine Pitié - Salpétrière

P. CASTAIGNE

Vu, le Permis d'Imprimer

Monsieur le Recteur de l'Académie de Paris

MALLET